# MODULO DI RICHIESTA CONCESSIONE CONTRIBUTI PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO STUDENTI DISABILI

**FREQUENTANTI IL II CICLO ANNO SCOLASTICO 2025/2026**

**Il sottoscritto (generalità del genitore o della persona che esercita la responsabilità genitoriale)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | | | | | | | | | | Cognome | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Luogo e data di  nascita | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Codice fiscale | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Indirizzo | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail/P.E.C. | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**In qualità di genitore o della persona che esercita la responsabilità genitoriale dell’alunno (generalità dello studente destinatario)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | | COGNOME | |  | | |
| LUOGO E DATA DI NASCITA | | |  | | | | | |
| CODICE FISCALE | | | | | | | | |
| DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO O PERCORSI TRIENNALI DI IEFP | | | |  | | | | |
| VIA/PIAZZA | |  | | | | | N. |  |
| COMUNE | |  | | | | | PROV. |  |
| CLASSE FREQUENTATA NELL'A.S. 2024/2025 | | | | | □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | | |
| NUMERO COMPLESSIVO DEI KM PERCORSI GIORNALMENTE DALL'ALUNNO | | | | |  | | | |

# CHIEDE

il contributo per il servizio trasporto scolastico studenti con disabilità anno scolastico 2025/2026, di cui alla nota della Regione Lazio prot. n. 10019 del 11/08/2025

A tal fine il sottoscritto , ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità:

# DICHIARA

* di essere cittadino/a italiano;
* di essere cittadino/a di un Paese dell'U.E. diverso dall'Italia;
* di essere cittadino/a di un paese non appartenente dall'U.E. con regolare permesso di soggiorno;
* di **non avere** presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione;

Il sottoscritto autorizza il Comune di Montopoli al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

**Si allega:**

* + Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale sia esplicita la necessità di trasporto rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104 in corso di validità);
  + Copia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;
  + Copia attestazione I.S.E.E.

Data

**Firma del richiedente**